

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1942

THÈSE

N° 205

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

DUMONTIER Lucien

de la Faculté de Médecine de Paris

né le 28 décembre 1915 à Rouen

- 3 JUIL 1942

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
FIBROMES PRAEVIA
AU COURS DE LA GROSSESSE

Président : M. PORTES, Professeur

IMPRIMERIE J. DRAI

6, Rue de l'Hôtel-de-Ville, 6, LOUVIERS (Eure)

1942

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : DUMONTIER.

Prénom : Lucien-Marie-Joseph-Léon.

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

DUMONTIER (Lucien). — Contribution à l'étude des fibromes praevia au cours de la grossesse. — Louviers (Eure), Imprimerie J. Draï, 1942, in-8°, 72 p. — (Thèse Médecine, Paris, 1942, N°)

DUMONTIER (Lucien). — Contribution à l'étude des fibromes praevia au cours de la grossesse. — Louviers (Eure), Imprimerie J. Draï, 1942, in-8°, 72 p. — (Thèse Médecine, Paris, 1942, N°)

DUMONTIER (Lucien). — Contribution à l'étude des fibromes praevia au cours de la grossesse. — Louviers (Eure), Imprimerie J. Draï, 1942, in-8°, 72 p. — (Thèse Médecine, Paris, 1942, N°)

DUMONTIER (Lucien). — Contribution à l'étude des fibromes praevia au cours de la grossesse. — Louviers (Eure), Imprimerie J. Draï, 1942, in-8°, 72 p. — (Thèse Médecine, Paris, 1942, N°)

Digitized by t
in

Internet Archive
026

THÈSE POUR LE DOCTORAT

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1942

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

DUMONTIER Lucien

de la Faculté de Médecine de Paris

né le 28 décembre 1915

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
FIBROMES PRAEVIA
AU COURS DE LA GROSSESSE

Président : M. PORTES, Professeur

IMPRIMERIE J. DRAI

6, Rue de l'Hôtel-de-Ville, 6, LOUVIERS (Eure)

1942

LE DOYEN BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	GHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée.	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	PASTEUR-VALLÉRY-RADOT
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants.	Robert DEBRÉ.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	LEMIERRE.
	CADENAT.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	LENORMANT.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	LÉVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BROCC.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.



Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Aide Médico-sociale.	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	
AMELINE . .	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY . .	Pathologie médicale.
BERNARD (Et.).	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.
BONNET . .	Bactériologie.
BOULIN . .	Pathologie médicale.
BROUET . .	Pathologie médicale.
BULLIARD . .	Histologie.
CACHERA . .	Pathologie médicale.
CORDIER . .	Anatomie.
COSTE . .	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.
DELARUE . .	Anatomie pathologique.
DELAY . .	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.).	Physique.
DESOILLE . .	Médecine légale.
DIGONNET . .	Obstétrique.
DOGNON . .	Physique.
FEVRE . .	Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD . .	Parasitologie.
GARCIN . .	Pathologie médicale.
M ¹¹ . GAUTHIER-VILLARS.	Anatomie pathologique.
DE GENNES . .	Pathologie médicale.

MM.	
HAGUENAU . .	Pathologie médicale.
HALPHEN . .	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON . .	Hygiène.
LACOMME . .	Obstétrique.
LANTUEJOL . .	Obstétrique.
LAVIER . .	Parasitologie.
LELONG . .	Pathologie médicale.
LEMAIRE . .	Pathologie expérimentale.
LENÈGRE . .	Pathologie médicale.
M ¹¹ . J. LÉVY.	Pharmacologie.
MARCHAL . .	Pathologie médicale.
MÉNÉGAUX . .	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET . .	Pathologie médicale.
MOUQUIN . .	Pathologie médicale.
PATEL . .	Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
RENARD . .	Ophthalmologie.
RICHET . .	Physiologie.
SÉNÈQUE . .	Pathologie chirurgicale.
SICARD . .	Pathologie chirurgicale.
SOULIE . .	Pathologie médicale.
SUREAU . .	Obstétrique.
TURPIN . .	Pathologie médicale.
WILMOTH . .	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
ALGLAVE . .	Pathologie chirurgicale.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
GUÉNIOT . .	Obstétrique.
HEITZ-BOYER.	Pathologie chirurgicale.
HUGUENIN . .	Anatomie pathologique.

MM.	
LE LORIER . .	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE . .	Parasitologie.
PIÉDELIEVRE.	Médecine légale.
VAUDESCAL . .	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET . . .	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ . . .		GATELLIER .	
CHABROL . .		de GAUDART	
CHEVALLIER		d'ALLAINES	
LAROCHE (G.)		MOULONGUET	
LIAN		MOURE . . .	
MOREAU . .			
SÉZARY . .			

MM.	
ECALLE . . .	} Clinique obstétricale.
VIGNES . . .	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé . .	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798; l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FIANCÉE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Témoignage de ma tendre affection

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur PORTES

Professeur de clinique d'accouchements

Accoucheur des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Avec l'expression de nos sentiments de
respectueuse gratitude pour le grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la présidence
de cette thèse.*

A Monsieur le Professeur LAURET

Accoucheur des Hôpitaux

Professeur de clinique obstétricale et gynécologique
à l'Ecole de Médecine de Rouen

*Il nous inspira ce travail et nous guida
constamment dans sa rédaction.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre profonde reconnaissance et de
respectueux attachement.*

A NOS MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

1936-1937 Monsieur le Docteur TAMBAREAU
Chirurgien des Hôpitaux
(in memoriam)

*Il fut notre premier maître dont nous con-
serverons le souvenir inoubliable.*

1938 Monsieur le Professeur F. DÉVÉ
Professeur de clinique médicale
à l'Ecole de Médecine de Rouen

*Dont l'enseignement nous fut si précieux.
Témoignage de notre reconnaissance.*

1939 Monsieur le Docteur LECAPLAIN
Médecin des Hôpitaux
(in memoriam)

Monsieur le Docteur PIERSON
Médecin des Hôpitaux

*Avec l'expression de notre vive gratitude
pour les conseils qu'il nous prodigua.*

1940 Monsieur le Professeur LAURET
Accoucheur des Hôpitaux

1941 Monsieur le Docteur THOREL
Chirurgien des Hôpitaux

*Qu'il veuille bien trouver ici nos sentiments
de profonde reconnaissance pour sa bienveil-
lance à notre égard.*

Monsieur le Docteur P. JOUANNEAU
Chirurgien des Hôpitaux

*Pour le remercier de l'accueil qu'il nous
réserva et de sa sympathie envers nous.*

1942 Monsieur le Docteur VAUDOUR
Médecin des Hôpitaux

Témoignage de notre gratitude.

A NOS MAITRES DE CONFÉRENCES

Monsieur le Docteur THOREL
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur DORDAIN
Chef de clinique médicale

Monsieur le Docteur POTEZ
Médecin des Hôpitaux

*Leur enseignement nous fut extrêmement
précieux.*

Hommage de notre reconnaissance.

A NOS MAITRES INTÉRIMAIRES DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

Messieurs les Docteurs
CERNE, DESSAINT, HECART, FLOURENS
Chirurgiens des Hôpitaux

Messieurs les Docteurs
FLEURY, CASTAGNOL, BERTRAND, STEWART, DELAPORTE
Médecins des Hôpitaux

A Messieurs les Docteurs
JOUSSEAUME, ANDRIEU
Oto-Rhino-laryngologistes des Hôpitaux

A Messieurs les Docteurs
DECOULARE, DELAFONTAINE, FREY
Electro-radiologistes des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur DIJON
Chef de clinique à la Maternité

INTRODUCTION

A l'occasion d'un certain nombre de cas de fibromes associés à une grossesse qu'il nous a été donné d'observer, il nous a semblé intéressant de les réunir et d'essayer d'apporter une contribution à l'étude de cette association.

Cette association est classiquement très rare (tout au moins si on ne considère que les fibromes ayant un certain volume), WINCKEL ne l'a observée que dans 0,03 % des accouchements, AHLFELD dans 0,01 %, PINARD dans 0,07 %, TROELL dans 0,42 % et SCHAUTA dans 0,07 %.

Sur une statistique globale des malades de l'Hospice Général de Rouen de 1936 à 1942, et de malades de ville, nous avons pu réunir les observations de 13 fibromes praevia pour 5.563 accouchements.

Il n'en reste pas moins que l'association de fibrome et grossesse a retenu depuis longtemps l'attention des accoucheurs, surtout lorsque le fibrome siégeant sur l'isthme ou le col constitue un obstacle praevia.

Seuls ces derniers exposant davantage aux accidents au cours de la grossesse et au cours du travail retiendront notre attention ; leur évolution, leur pronostic et la thérapeutique qu'ils nécessitent restant difficiles, variables et discutés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les fibromes désignés aussi sous les noms de myomes ou de fibro-myomes sont des tumeurs bénignes. Ils peuvent siéger à n'importe quel endroit sur l'utérus, aussi bien sur le corps que sur le segment inférieur ou le col. De même, dans une même zone, ils peuvent se trouver soit sous la muqueuse ou sous le péritoine, ou encore dans l'épaisseur de la masse musculaire. La partie de la muqueuse qui les recouvre, d'habitude amincie, a conservé ses glandes et son revêtement épithélia.

Les fibromes sont presque toujours entourés par une sorte de capsule lâche, ce qui permettrait de les énucléer facilement, si en différents points des tractus fibro-musculaires ne les faisaient pas adhérer au parenchyme utérin.

A la section, le tissu tumoral est blanc, nacré, sec, sans suc de raclage et présente un aspect en tourbillons souvent décelables à l'œil nu. Ces tumeurs sont d'habitude peu vasculaires, pourtant on voit souvent à la surface des gros fibromes des artères et des veines très volumineuses.

La structure du fibrome est homogène. Il est formé de fibroblastes fusiformes avec bandes de fibres collagènes et vaisseaux adultes. Cellules et fibres forment des faisceaux qui se croisent dans tous

les sens, aussi sur les coupes apparaissent-ils sectionnés sous toutes les incidences.

Dans quelques cas ils présentent des dégénérescences reconnaissant souvent pour cause l'élongation ou la torsion de leur pédicule. C'est ainsi qu'on les voit s'infiltrer de sels calcaires ou bien que certaines de leurs parties en ramollissement muqueux ou en désintégration granulo-graisseuse, se creusent de cavités qui parfois se remplissent de sang. Dans d'autres cas ils suppurent ou se gangrènent. Ils peuvent aussi subir la dégénérescence sarcomateuse. Eventualité d'ailleurs rarissime.

Mais une transformation particulièrement intéressante d'un fibrome est la nécrobiose aseptique, s'installant le plus souvent sur un mode subaigu et pouvant se passer de signes cliniques. SUREAU et JOB en citent un cas très instructif dont ils n'ont pu faire le diagnostic que parce qu'ils suivaient régulièrement la parturiente. Ils ont été amenés à pratiquer une hystérectomie. La pièce, à son ouverture, a laissé couler un liquide puriforme jaunâtre très abondant. L'épaisseur de la coque fibromusculaire était plus marquée vers la cavité utérine et présentait à ce niveau des suffusions sanguines.

L'histologie du fibrome étant étroitement liée à celle de l'utérus, il est normal qu'au cours de la grossesse la tumeur subisse des modifications analogues à celles de l'utérus. Ces modifications inhérentes à la grossesse sont l'hypertrophie et le ramollissement.

L'hypertrophie est la règle ; elle manque rarement. Habituellement elle se produit surtout dans les premiers mois, la tumeur pouvant doubler ou tripler de volume (BAR-BRINDEAU-TARNIER) venant tantôt révéler une tumeur ignorée jusqu'à la grossesse (BRINDEAU-BOURSIER-WILLIAMS), tantôt au contraire il s'agit d'une tumeur ancienne, qui restait stationnaire depuis des années. Brusquement cette tumeur augmente à l'occasion de la grossesse (TISSIER-DORAN-COHN).

Le siège du fibrome influe sur cette augmentation de volume : les fibromes interstitiels grossissent plus que les autres et les fibromes sous-séreux semblent être les moins enclins à l'hypertrophie. D'autre part, les fibromes siégeant sur le segment inférieur ou sur le col, associant souvent aux phénomènes d'hypérémie des phénomènes d'œdème augmenteraient en général plus souvent, plus précocement et davantage que les fibromes du corps. Cette augmentation n'est d'ailleurs pas constante. Les fibromes peuvent rester stationnaires (EMMET-CUYOT-GUENIOT) ou même présenter une rétrocession paradoxale (PINARD). Dans ce cas, il semble s'agir d'un véritable étalement du fibrome, du fait de l'augmentation et de la distention de l'utérus.

Cette hypertrophie de l'utérus résulte d'un état œdémateux du fibrome (DOLERIS-HOFMEIER-TREUB-GUYON-DUFOUR) en fonction avec l'hypérémie de tout l'organe du fait de la gestation.

On a encore cité le rôle de la dilatation vasculaire

de la capsule qui porte sur les vaisseaux sanguins et sur les lymphatiques. Plus important est le rôle de l'hyperplasie et de l'hypertrophie des fibres musculaires (LEMELAND-PIQUAUD) qui reproduit la modification histologique éventuelle de l'utérus gravide.

Le ramollissement (ou inhibition séreuse ou œdémateuse) est uniquement le fait de l'œdème. Il est parfois si intense que la tumeur peut prendre exceptionnellement une consistance molle pseudo-fluctuante, le ramollissement est surtout marqué dans les fibromes du segment inférieur, du col et de l'isthme (BAR).

Une question majeure se pose en présence de l'association fibrome du segment inférieur et grossesse, c'est son comportement lors de l'accouchement. Il est facteur de plusieurs éléments, dont deux sont essentiels : le volume et le siège du fibrome. Ce sont eux qui règlent ce que DEPAUL a appelé « l'ascension du fibrome ».

Il est classique de citer l'opinion de TARNIER qui disait que la dystocie pour un fibrome praevia commençait au volume d'un œuf de poule. Les petits fibromes, en effet, peuvent se laisser aplatir ; quant aux gros fibromes, ils doivent s'élever. Cette ascension est le fait d'un mécanisme spécial. Au moment du travail, la contraction des fibres longitudinales de l'utérus attire en haut le segment inférieur et par suite la tumeur.

Le siège, d'autre part, joue un rôle important. D'après les différentes statistiques que nous avons pu étudier, il ressort que ce sont les fibromes latéraux qui ascensionnent le plus aisément, alors que ceux de la face postérieure sont le plus souvent cause de dystocie au moment de l'accouchement. BALARD donne les chiffres suivants :

Fibromes latéraux : 85 % d'ascension.

Fibromes de la face antérieure : 75 % d'ascension.

Fibromes de la face postérieure : 28 % d'ascension.

Il convient d'ailleurs de remarquer que si les fibromes postérieurs ont plus de difficulté à monter, ils le font souvent tardivement après le début du travail et provoquent très souvent des accidents du côté de l'enfant. D'autres facteurs entrent en jeu également dans l'avenir obstétrical d'un fibrome chez une femme enceinte :

La mobilité peut avoir un rôle qui n'est pas à dédaigner et LACOUTURE disait : « Si le fibrome est « mobilisable avec l'utérus, s'il fait corps avec lui, on « peut espérer le voir remonter avec le travail ». C'est heureusement la grande majorité des cas, mais le fibrome peut parfois être fixé, c'est alors très souvent une fixation par la masse même de la tumeur. Dans certains cas elle dépend du siège du fibrome : fibrome niché dans la base du ligament comme nous le montrerons dans l'observation N° IX.

Enfin, des adhérences inflammatoires sont quelquefois responsables de l'immobilité d'un fibrome, qu'il s'agisse d'adhérences salpingiennes ou d'origine appendiculaire.

ETUDE CLINIQUE

Si on excepte les cas dans lesquels le fibrome était connu avant la grossesse, l'association de fibrome et de grossesse est souvent le fait accidentel de l'examen systématique à l'occasion de cette dernière.

En effet, en général, il n'y aura qu'un minimum de signes fonctionnels et généraux, et la tumeur ne sera révélée qu'à l'examen physique.

L'interrogatoire fera préciser la notion d'arrêt de règles. Habituellement, cette notion reste nette, d'autant plus évidente même parfois que la femme avait souvent présenté antérieurement des ménorragies dues au fibrome, que ses règles de ce fait s'étaient prolongées en même temps qu'elles devenaient plus abondantes.

L'aménorrhée, signe essentiel de la grossesse, peut en outre parfois être masquée par des métrorragies. Ce sont là les cas les plus délicats.

Rarement il s'agira d'une ménorragie endocrinienne apparaissant à la date des règles et pouvant faire croire à leur persistance. Nous n'insisterons pas sur ce fait qui est bien connu et facile habituellement à interpréter.

Beaucoup plus délicats sont les cas dans lesquels la grossesse est masquée par des métrorragies tradui-

sant une menace d'avortement. Ici les hémorragies peuvent être très importantes et ne faire en quelque sorte, en l'absence d'arrêt de règles net, que continuer et exagérer les hémorragies antérieures dues au fibrome.

On recherchera systématiquement les autres signes subjectifs de grossesse : manifestations sympathiques (nausées, vomissements, etc...) qui gardent une certaine valeur, encore qu'ils ne puissent en rien étayer un diagnostic de grossesse.

Enfin, mais parfois rarement au début, on notera des manifestations fonctionnelles dues au fibrome : compression et irritation vésicale se traduisant par des troubles dysuriques, pollakiurie ou au contraire gêne à la miction, voire même rétention d'urine. Très rarement au début d'une grossesse d'autres signes de compression viendront extérioriser l'existence du fibrome tels que constipation, œdème des membres inférieurs ou apparition rapide de varices importantes.

A cette période de début l'examen sera tantôt facile et rapidement affirmatif, tantôt au contraire hésitant, incertain, et la conclusion en sera souvent imprécise ; ce sont les cas dans lesquels les examens répétés, les épreuves de laboratoire prendront toute leur valeur.

Tantôt l'examen est facile. On perçoit facilement un utérus gravide augmenté de volume, arrondi, bom-

bant dans les culs-de-sac latéraux et surtout ramolli. Ramollissement portant tant sur le corps utérin lui-même, qui prend une consistance « figue mûre », que sur le col.

A côté de cet utérus manifestement gravide, on sent une masse plus ou moins volumineuse, ronde, indolente, de consistance en général plus ferme que celle de l'utérus, mais participant cependant habituellement à son ramollissement, faisant corps avec lui. Aucun sillon ne l'en sépare et la mobilisation au toucher-palper combinés mobilise la tumeur.

Il est important, même dans ces cas où l'examen est facile, de le compléter en précisant exactement le siège de cette tumeur sur l'utérus et en recherchant si cette masse est unique, si elle n'est pas associée à quelque autre tumeur du fond ou de la face postérieure de l'utérus en particulier.

Tantôt l'examen est difficile. L'utérus paraît bien augmenté de volume, il est irrégulier, bosselé mais souvent plus dur que ne le voudrait un utérus gravide. L'examen ferait penser surtout à un utérus fibromateux et négliger le diagnostic de grossesse s'il n'y avait la symptomatologie fonctionnelle pour orienter le diagnostic et inciter à pratiquer les examens paracliniques.

Tantôt au contraire l'utérus paraît régulier, mou, arrondi, manifestement gravide, et on risque de ne pas sentir un fibrome même assez volumineux, bien enchassé dans la paroi utérine, faisant franchement

corps avec l'utérus, et parfois d'autant plus malaisé à percevoir qu'il a subi le même ramollissement que l'utérus gravide.

Enfin, parfois encore à côté d'un utérus certainement gravide on perçoit une masse arrondie, dure, indolente, qui paraît séparée de l'utérus, peu mobilisable avec lui, et qui semblerait davantage être un kyste de l'ovaire qu'un fibrome utérin. D'autant que les fibromes pédiculés, comme tous les autres, participent au ramollissement de l'utérus gravide.

Plus tard, dans les derniers mois de la gestation, la symptomatologie s'est en général affirmée.

La grossesse est alors manifeste ; retard de règles de plusieurs mois, augmentation régulière et progressive de l'utérus, apparition de signes foétaux viennent faciliter l'examen clinique.

De même, parfois, la symptomatologie d'un fibrome qui augmente rapidement de volume s'est suffisamment enrichie pour imposer facilement le diagnostic.

Ce sont des signes qui traduisent surtout des compressions diverses ; les plus fréquents sont des signes vésicaux soit pollakiurie principalement diurne, soit cystalgie et beaucoup plus rarement la rétention d'urine par contraction réflexe du sphincter due à l'irritation du contact du fibrome sur la vessie.

Dans d'autres cas, l'accroissement du fibrome se révélera par une constipation opiniâtre avec troubles digestifs réflexes.

Beaucoup plus importants sont les signes urinaï-res traduisant une compression des uretères, qui est surtout le fait des fibromes à développement intra-ligamentaire. Longtemps latente la compression des uretères est suivie d'accidents graves : hydronéphrose si compression unilatérale, néphrite chronique si compression bilatérale, d'où la nécessité de surveiller étroitement les signes urinaires.

L'apparition d'œdème ou de varices importantes pourra être rattachée à la compression des veines iliaques.

Enfin le fibrome peut provoquer des douleurs, le plus souvent ce sont des pesanteurs dans le bas ventre, sensation de gêne, ce n'est qu'exceptionnellement que l'on aura affaire à des douleurs violentes avec paroxysmes traduisant la compression du plexus sacré.

L'augmentation de la masse, parfois visible à l'inspection, est toujours nette au palper et surtout au toucher.

Quelquefois, ici encore, cette masse peut ne pas avoir tous ses caractères habituels et de ce fait prêter à confusion, mais en général l'examen est facile, surtout dans les fibromes du segment inférieur ou du col, et alors le point le plus important est de préciser les caractères de cette tumeur.

son siège,

son volume,

sa consistance,

sa mobilité,

si la tumeur est unique, ou s'il existe une association de plusieurs masses.

Plus qu'une difficulté d'examen clinique, c'est alors une difficulté de pronostic que posera un tel fibrome.

Mais parfois, même à la fin de la grossesse, l'examen est difficile. On ne saurait mieux faire, pour illustrer la difficulté de certains cas, que de citer l'observation de SUREAU et JOB. Une femme enceinte de trois mois présente un fibrome de la région isthmique facilement mis en évidence. Au cinquième mois, la tumeur, de la grosseur d'un poing, n'avait pas augmenté de volume ; or au sixième mois il est impossible de déceler cliniquement la présence du fibrome. Ce n'est que l'absence d'engagement à la quarantième heure du travail et l'existence connue de la tumeur qui imposent l'intervention. Après laparotomie, on retrouve un volumineux fibrome qui échappait à l'investigation clinique lors des derniers examens.

DIAGNOSTIC

Au début, il est des cas faciles dans lesquels le diagnostic ne souffre guère d'hésitations.

Les signes de grossesse sont nets, l'arrêt de règles survient chez une femme jeune, loin de la ménopause, il s'accompagne de manifestations sympathiques : nausées, vomissements.

On trouve à l'examen un utérus gravide, gros, régulier, arrondi, bombant dans les culs-de-sac latéraux, très mou. Le ramollissement de l'utérus se retrouve au niveau du col.

Faisant corps avec cet utérus gravide une masse régulière, ronde, plus dure que l'utérus, indolente, solidaire des mouvements imprimés à l'utérus au toucher-palper combinés.

A côté de ces cas faciles, il en est souvent de très délicats :

Au début, le fibrome peut être méconnu.

Tantôt l'arrêt de règles survient chez une femme d'un certain âge et on serait tenté de l'attribuer à la ménopause.

L'examen va montrer un gros utérus, bosselé, irrégulier, dur, et on est conduit facilement au diagnostic de fibrome, mais la grossesse risquerait de passer inaperçue.

Elle sera soupçonnée en présence de signes fonctionnels (nausées, vomissements, etc.) et surtout parce que l'on doit y penser systématiquement, ne fût-ce que pour l'éliminer.

Les examens successifs montreront l'augmentation progressive de l'utérus et aussi le ramollissement de cet utérus.

Ce sont des cas dans lesquels les examens paracliniques, les réactions biologiques en particulier (ASCHEIM et ZONDECK, BROUHA, HINGLAIS, FRIEDMANN), seront particulièrement précieuses pour trancher un diagnostic hésitant.

Dans d'autres cas, les métrorragies qui traduisent la menace d'avortement (si fréquente chez les fibromateuses) risquent de faire écarter le diagnostic de grossesse et d'être confondues avec les ménorragies habituelles du fibrome.

Ici encore c'est l'examen minutieux qui pourra préciser le diagnostic.

Il est rare que l'interrogatoire attentif ne relève pas un retard de règles minime, mais qui présente souvent d'autant plus de valeur que chez de telles malades les règles sont en général à la fois augmentées, prolongées, et souvent en avance.

C'est à l'examen gynécologique, alors que le corps de l'utérus paraît augmenté, bombé, irrégulier, souvent peu ramolli, alors que l'on sent parfois un volumineux fibrome (surtout sur le col ou sur l'isthme)

que la constatation d'un col ramolli et entr'ouvert prend toute sa signification.

Ici les réactions biologiques perdent en général de leur valeur du fait que le fœtus peut être mort depuis plusieurs jours, et que l'on sait que ces réactions se négativent le plus souvent dans les quatre ou cinq jours qui suivent la mort du fœtus. D'autre part il est classique d'insister (LEIBOVICI) sur le caractère traînant et hémorragique de l'avortement chez les fibromateuses, surtout lorsqu'il existe un volumineux fibrome du segment inférieur qui efface et obstrue le canal cervical.

Plus rarement l'association fibrome et grossesse fera discuter le diagnostic d'une grossesse pathologique.

GROSSESSE EXTRA UTÉRINE. — Ici le retard de règles est en général minime mais assez net, la grossesse est douloureuse, hémorragique avec des petites pertes, sépia, brunâtres.

La masse latéro-utérine est typiquement allongée, peu volumineuse, mobile, séparée de l'utérus ou prolongeant une corne utérine douloureuse. Bien plus souvent elle est assez incertaine, imprécise dans ses caractères. « On sent quelque chose dans un cul-de-sac latéral » (LEJARS).

LA MOLE HYDATIFORME qui donne des hémorragies souvent abondantes mais survenant *toujours* après un retard de règles net, deux ou trois mois habituellement.

L'utérus est plus gros que ne le voudrait l'âge de la grossesse et on note en outre une absence paradoxale de signes fœtaux (bruits du cœur et impossibilité de percevoir les parties fœtales). L'utérus est sans doute parfois bosselé et un peu irrégulier, avec des zones plus dures, mais il est toujours beaucoup plus mou que ne l'est jamais un fibrome, et les réactions biologiques sont ici hyperpositives.

D'autres affections gynécologiques peuvent être associées à une grossesse et en imposer pour un fibrome associé.

LE KYSTE DE L'OVAIRE surtout, non pas dans sa forme typique lorsqu'il se présente à l'examen comme une masse arrondie, latérale, mobile, franchement séparée de l'utérus par un sillon et ne suivant pas les mouvements imprimés au col ou au corps utérin.

Mais dans certains kystes fixés, kystes développés dans la base du ligament large ou kystes fixés par des adhérences, collant à l'utérus, souvent à la région isthmique, solidaires parfois de ses mouvements et difficilement dissociables de l'utérus.

La différence de consistance n'est qu'un argument de faible valeur. Le fibrome peut, au cours de la grossesse, prendre une consistance pseudo-fluctuante, et le kyste, au contraire, peut être tendu et extrêmement dur.

Plus difficile encore est le diagnostic en présence d'accidents aigus qui en imposent pour une torsion. Dans une de nos observations, le diagnostic de kyste

de l'ovaire avait été posé par le médecin avant la grossesse et les accidents en imposaient pour une torsion.

LES MALFORMATIONS UTÉRINES, en particulier les utérus doubles dans lesquels, à côté de l'utérus gravide, l'utérus vide apparaît comme une tumeur solidaire de l'utérus, dure, régulière, augmentant de volume au cours de la grossesse.

Le diagnostic ne peut être fait que sur la constatation d'une malformation des voies génitales inférieures, duplicité cervicale ou vaginale.

Au voisinage du terme ou pendant le travail, le diagnostic de grossesse est évident.

Les signes fœtaux sont toujours nets ; une radiographie permettrait de trancher les cas douteux ; à cet égard, rappelons qu'une partie fœtale peut être prise pour un fibrome dans le cas de grossesse gémellaire.

Mais le diagnostic peut être très difficile avec d'autres affections gynécologiques.

Ici encore et surtout le kyste de l'ovaire, principalement le kyste dermoïde, l'augmentation de volume du segment inférieur pouvant gêner parfois la mobilisation du kyste par rapport à l'utérus.

De même certains kystes fixés par des adhérences.

EVOLUTION

L'évolution se présente de façons très différentes et elle est le plus souvent impossible à prévoir.

D'une part la grossesse agit sur le fibrome, d'autre part celui-ci exerce une influence sur la gestation et sur l'accouchement.

Les transformations que subit le fibrome du fait de la grossesse sont l'hypertrophie, qui peut être rapide et importante, et le ramollissement.

L'hypertrophie permet parfois de percevoir un fibrome jusque-là ignoré, et son importance est quelquefois telle qu'elle oppose un obstacle infranchissable à l'accouchement par les voies naturelles.

Quant au ramollissement, nous avons vu son intérêt et les erreurs qu'il peut entraîner pour le diagnostic d'une tumeur au cours de la grossesse.

Très souvent la présence d'un fibrome ne gêne nullement la marche de la gestation, à tel point que nombre de fibromes ne sont reconnus qu'après l'accouchement, c'est ce qui a lieu principalement s'il s'agit de petits fibromes et s'ils sont situés sur le corps ou sur la face postérieure de l'utérus.

Il y a des cas cependant où, dans l'évolution de l'association fibrome et grossesse, on voit survenir des complications. D'après PINARD, 4,7 % seulement de ces complications sont sérieuses.

La plus redoutable est sans contestation possible l'avortement. Il s'agit presque toujours d'un avortement grave (LEIBOVICI).

L'importance des hémorragies dans un tel avortement est considérable, qu'il s'agisse d'hémorragies répétées ou plutôt d'hémorragies très abondantes. Certaines de ces malades peuvent même faire penser par leur pâleur à une inondation péritonéale. Le placenta, très souvent, pousse ses villosités dans une région fibreuse hémorragique, enfin et surtout l'hémorragie peut être le fait des lésions de la muqueuse utérine habituelles dans les utérus fibromateux.

La cavité utérine est souvent déformée par la présence du fibrome, ce qui explique le décollement de l'œuf et l'avortement, mais dans ces conditions, l'évacuation du fœtus sera considérablement gênée. Les risques de rétention prolongée sont encore un facteur de gravité de l'avortement chez une fibromateuse.

D'autre part cette rétention favorise l'infection, non seulement l'infection de la cavité utérine avec ses risques de généralisation d'autant plus à craindre que survenant sur des femmes saignées, mais encore l'infection du fibrome et la nécrobiose septique se traduisant par des douleurs, l'apparition de pertes fétides, de signes généraux très graves, température à 39-40°, frissons, abattement profond, faciès péritonéal. L'utérus est augmenté de volume, très douloureux ; et le col entr'ouvert laisse écouler du pus.

Enfin les difficultés thérapeutiques soulevées par un tel avortement en augmentent encore la gravité. Le curettage, en effet, est souvent très difficile, incomplet dans la majorité des cas, plus que jamais on doit redouter une perforation utérine en voulant réaliser une évacuation complète de la cavité utérine, mais surtout le curettage, malgré toutes les précautions prises, en dénudant un fibrome sous-muqueux, peut être la cause d'hémorragie incoercible.

C'est pourquoi il faudra très souvent pratiquer une hystérectomie, soit d'emblée, soit après un curettage trop laborieux.

La nécrobiose aseptique du fibrome n'est pas aussi rare qu'on le dit au cours de l'évolution (BRINDEAU, LEROUX) caractérisée par des îlots de mortification de couleur brunâtre. Elle se traduit par des crises douloureuses aiguës pendant plusieurs jours. Le fibrome devient spontanément douloureux et se ramollit. On note une altération de l'état général avec température à 38-39° et du faciès.

La torsion est plutôt le fait des fibromes pédiculés marquée par son début brutal comparable à la torsion d'un kyste de l'ovaire s'accompagnant de douleurs abdominales, parfois de vomissements, l'état de shock est marqué mais la température est normale, un cul-de-sac est douloureux.

Il faut en rapprocher la torsion de l'utérus gravide en masse qui est exceptionnelle et d'ailleurs

surtout le fait de fibromes du fond utérin ou d'une corne utérine.

Les accidents les plus fréquents sont d'ordre mécanique, par suite de son volume anormal l'utérus fibromateux va exercer des compressions sur les organes voisins.

C'est le cas principalement des fibromes du segment inférieur. Ces compressions réalisent des troubles divers. Tantôt il s'agit de signes vésicaux, le plus souvent pollakiurie ou dysurie, plus rarement rétention d'urine, tantôt constipation opiniâtre (l'occlusion intestinale est une rareté), tantôt œdème et varices des membres inférieurs, tantôt enfin névralgies sciatique ou crurale.

Près du terme le fibrome peut retentir directement sur l'utérus et gêner la marche de l'accouchement ; surtout sa présence ne permet pas aux contractions utérines de se développer normalement, les contractions sont faibles et lentes. Le fibrome peut, dans certains cas, provoquer une obliquité utérine qui gêne la marche normale de l'accouchement.

Mais surtout les fibromes sont souvent cause de présentations vicieuses, principalement les fibromes du segment inférieur qui nous intéressent. La présentation de l'épaule aurait été rencontrée par LEFOUR 17 fois sur 102 accouchements chez des fibromateuses. La présentation de la face est plus rare. Quant à la présentation du siège, ce serait la meilleure éventua-

lité, le siège en effet favoriserait l'ascension du fibrome en agissant à la manière d'un coin (BAR).

Les insertions vicieuses du placenta ne sont pas rares, soit qu'il s'agisse de placenta praevia, soit d'une insertion du placenta sur le fibrome même.

Nous n'insisterons pas ici sur le rôle dystocique des fibromes du segment inférieur, il est classique et nous l'avons déjà étudié longuement. Rappelons seulement que toute dystocie de caractère, souvent difficilement prévisible, est fonction du volume, du siège et de la fixité du ou des fibromes praevia.

Après l'accouchement des complications sont encore à craindre, il faut surveiller la délivrance qui est importante. En effet l'atonie utérine succédant à un travail long et pénible se voit souvent, entraînant des hémorragies graves.

Mais les hémorragies les plus dangereuses viennent du fait de l'adhérence au fibrome, adhérence si forte qu'elle nécessite très souvent une délivrance artificielle, 17 fois sur 76 cas (LEFOUR) dans 14 % des cas (SCHAUTA).

Le défaut d'involution utérine est fréquent, parfois même l'utérus ne revient pas complètement à ses dimensions premières.

Plus importante dans les suites de couches est l'endométrite, s'installant vers le cinquième ou le sixième jour après l'accouchement, réalisée par un mauvais drainage de la cavité utérine. Elle se manifeste par l'apparition de température, soit brusque-

ment, soit progressivement, en même temps que les lochies deviennent plus abondantes et fétides. L'utérus est volumineux, douloureux.

C'est encore au cours des suites de couches que peut se traduire la nécrose du fibrome, due soit à l'infection de la cavité utérine, soit à des troubles de la vascularisation, mais le rôle du traumatisme obstétrical, l'écrasement du fibrome au moment de l'accouchement est important.

PRONOSTIC

Nous n'envisagerons ici que le pronostic des fibromes bas situés : col, isthme, segment inférieur, les seuls qui nous intéressent.

Pendant la grossesse le pronostic est en général bon, mais l'avortement est malgré tout fréquent et il faut savoir y penser (LEIBOVICI). C'est un avortement excessivement grave par ses hémorragies et ses dangers d'infection, dont le traitement soulève des indications thérapeutiques, délicates et souvent de pronostic sérieux.

Les compressions sont très rarement sérieuses. Il ne faut pas cependant négliger le rôle des compressions veineuses comme cause favorisante de phlébite.

La nécrose du fibrome est un accident grave, mais heureusement rare.

En règle générale, le fibrome est bien supporté, permettant l'évolution de la grossesse à terme.

Le pronostic des fibromes praevia est surtout un pronostic obstétrical.

Sans doute un certain nombre de fibromes praevia seront compatibles avec un accouchement spontané. L'ascension du fibrome, étudiée d'abord par DEPAUL, puis par TARNIER, peut libérer la filière pelvienne et permettre l'engagement ; les fibres longitu-

dinales du corps utérin, en se contractant, attirent vers le haut le segment inférieur et par conséquent la tumeur qui fait corps avec lui (BLOT, GUSSEROW, VORON, MAYGRIER, WELLS, etc...). Le ramollissement du fibrome lorsqu'il est très marqué, que le fibrome est peu volumineux, peut permettre quelquefois à la présentation de l'aplatir, de le laminier et de descendre en quelque sorte par glissement (TARNIER).

Nous ne ferons que citer les cas de descente de la tumeur quand il s'agit de fibromes sous-muqueux pédiculés. La tumeur peut sortir à la vulve permettant l'accouchement. Tantôt le pédicule se rompt et la tumeur est expulsée (STERN, BRACHET). Tantôt le pédicule remonte la tumeur après l'accouchement (VALPONA, STUMPF).

Deux faits dominent le pronostic obstétrical :

Le volume (la dystocie commence avec le volume d'un œuf de poule, TARNIER) mais il peut se faire que de gros fibromes ascensionnent spontanément — LEPAGE cite le cas d'un fibrome gros comme une tête d'enfant qui s'est élevé. — Si le volume de la tumeur n'a pas une valeur absolue, il joue cependant un rôle qui n'est pas négligeable.

Le siège du fibrome est important à déterminer exactement, car son rôle est primordial dans le pronostic de l'accouchement.

BALARD donne la statistique suivante :

8 observations de fibromes du segment inférieur insérés sur la paroi antérieure :

6 avec ascension, 75 %,
2 sans ascension, 25 %.

13 observations de fibromes du segment inférieur insérés sur les parois latérales.

11 avec ascension, 85 %,
2 sans ascension, 15 %.

39 observations de fibromes du segment inférieur insérées sur la paroi postérieure.

11 avec ascension, 28 %,
28 sans ascension, 72 %.

Nous voyons donc que les fibromes insérés sur la face postérieure du segment inférieur seront d'un pronostic moins favorable puisque, dans ce cas, 1/4 seulement se sont élevés. Par contre, les tumeurs de la face antérieure et des faces latérales seront plus favorables à une marche normale de l'accouchement.

Accessoirement la présentation sera à considérer, n'oublions pas que le fibrome du segment inférieur favorise la présentation de l'épaule, qui nécessite elle-même une manœuvre lors de l'accouchement. La présentation du siège serait relativement plus favorable que celle du sommet, le siège s'insinuant « en coin » et favorisant l'ascension du fibrome (BAR). Mais il est particulièrement difficile de tenter une épreuve du travail avec une tête dernière. Les risques sont

grands pour le fœtus, et parfois il est nécessaire de pratiquer une basiotripsie sur tête dernière.

Résumé du rôle du fibrome sur la présentation :

LEFOUR, 102 cas

52 sommets,

33 sièges,

17 épaules,

PINARD, 84 cas

75 sommets,

5 sièges,

4 épaules.

OLSHAUSSER donne une statistique globale :

54 % sommets,

24 % sièges,

19 % épaules,

3 % faces ou fronts.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

La conduite à tenir est extrêmement délicate et controversée en présence de l'association fibrome et grossesse, et surtout s'il s'agit de fibrome praevia.

Il s'agit de cas d'espèce et nous insisterons principalement sur le caractère difficilement prévisible de la dystocie qui reste essentiellement liée à deux facteurs principaux : le volume et le siège de la tumeur.

— Doit-on intervenir pendant la grossesse ?

L'ensemble des auteurs semble opposé :

L'avortement thérapeutique ne pouvait se discuter qu'à une époque où les risques d'une intervention abdominale étaient considérables, et il semble même que ses résultats n'aient guère été meilleurs ; c'est ainsi que différentes statistiques montrent : *SUSSEROTT* 37,5 % de mortalité, *LEFOUR* 16,5 %, *KIRCHLEIMER* 40 %, *TROELL* 41,2 %.

Actuellement, la discussion consiste surtout à savoir s'il convient d'attendre le terme ou de pratiquer une intervention au cours de la gestation.

L'abstention au cours de la grossesse semble réunir presque tous les suffrages : elle présente l'avantage considérable de permettre, en général, l'extraction à terme d'un enfant vivant et viable.

D'autre part, le caractère dystocique du fibrome praevia est presque impossible à percevoir au début d'une grossesse et sera souvent fonction de son augmentation au cours de la gestation. On ne doit pas oublier que nombre de fibromes qui, par leur volume et par leur siège, pouvaient paraître très dystociques s'élèvent lors du travail et permettent un accouchement spontané ou tout au moins par une manœuvre obstétricale simple.

Mais cependant l'intervention à terme, quel que soit le mode opératoire choisi, semble plus grave que l'hystérectomie au début de la grossesse « qui ne « présente guère plus de difficultés ou de gravité « qu'une hystérectomie banale chez une femme non « enceinte ». En effet, à cette période (à terme), deux facteurs de gravité ne sont pas négligeables : l'énorme vascularisation de l'utérus gravide qui impose presque forcément l'hystérectomie et rend les interventions conservatrices plus risquées, et le fait que le péritoine de la femme enceinte au voisinage du terme semble plus sensible à l'infection et moins apte à se défendre.

La notion primordiale de l'enfant, surtout lorsqu'il s'agit d'une primipare, joue donc un rôle presque décisif et l'intervention au début de la grossesse ne peut se discuter que dans les cas particuliers :

Avant tout, les cas dans lesquels une complication impose l'intervention (compressions violentes, torsion, nécrose) mais aussi certaines conditions

telles que fibrome unique très volumineux, très bas situé, très adhérent et qui semble devoir être non seulement très dystocique, mais encore gêner le développement de la gestation. Dans ces cas, l'intervention au cours de la gestation peut être imposée ou décidée.

La myomectomie sera l'intervention de choix chaque fois qu'elle sera possible, dans les cas où il s'agit d'un fibrome unique et dans lesquels l'hémostase peut être réalisée parfaitement lors de l'intervention.

On ne saurait trop insister à cet égard sur les conclusions du Congrès d'Obstétrique : « La myomectomie pratiquée au cours de la grossesse ne présente en général aucun danger d'infection ; le col est fermé, la plaie utérine se cicatrise bien et dans la plupart des cas la grossesse continue et l'accouchement peut se faire à terme spontanément ».

Notons cependant que l'avortement semble être assez rare, grâce au traitement médical associé ; opiacés et surtout Progestéron avant et après l'intervention (nous n'en avons eu aucun à déplorer pour trois myomectomies).

Dans ce cas particulier il s'agirait d'ailleurs d'avortement souvent grave du fait des risques d'infection de la plaie utérine et de péritonite secondaire. Cet avortement poserait également parfois l'angoissant problème d'un curettage dans un utérus fragilisé

et ces différentes considérations pourraient souvent orienter la thérapeutique vers une hystérectomie.

En résumé, en présence de l'association fibrome et grossesse, l'abstention sera la règle générale ; l'intervention ne sera indiquée que par l'apparition de complications. Dans cette éventualité, il sera bon de tenter la myomectomie, intervention conservatrice, toutes les fois où elle sera possible, quitte à la terminer par une hystérectomie s'il y a nécessité.

En cas d'avortement on pourra tenter un curetage prudent ou un curetage digital, mais très souvent il faudra avoir recours à l'hystérectomie, à cause de l'inefficacité des autres traitements.

Au terme de la grossesse, certains auteurs préconisent la césarienne avant le début du travail, quand on est certain que l'accouchement par les voies naturelles sera impossible. Mais il est parfois difficile de connaître exactement l'âge de la grossesse et un accouchement prématuré peut présenter des inconvénients.

Mieux vaut attendre le début du travail, d'autant plus que certains fibromes et surtout ceux de la face postérieure du segment inférieur, n'effectuent leur ascension qu'après le début du travail. Aussi la grande majorité des auteurs est-elle d'accord pour préconiser l'épreuve du travail. C'est à ce moment que les contractions utérines bien actives pourront avoir un heureux effet sur la situation de la tumeur.

Il ne faut pas cependant prolonger trop cette épreuve du travail, à cause des dangers que courraient la mère et l'enfant. Les opinions paraissent concorder pour limiter l'épreuve du travail à trois heures environ.

Le fibrome est bien *praevia*, quelle intervention doit-on adopter ?

- La césarienne seule ?
- La césarienne suivie d'hystérectomie ?
- La césarienne suivie de myomectomie ?

Le choix entre ces différents procédés est extrêmement discuté et semble surtout dicté par les conditions dans lesquelles l'opération sera pratiquée.

On doit en effet tenir compte d'un certain nombre de facteurs, et cette analyse seule permettra, selon le cas particulier, d'opter pour l'un ou l'autre.

Les risques d'infection constituent l'élément le plus important. Comme pour toute césarienne, la durée écoulée entre la rupture de la poche des eaux et l'intervention, la durée du travail, l'importance de la dilatation jouent un rôle capital. Mais ici l'intervention conservatrice est de ce seul point de vue beaucoup plus risquée, les dangers d'infection augmentent considérablement en cas d'intervention conservatrice, du fait que la zone opératoire de la myomectomie constitue dans la paroi utérine un point particulièrement faible.

La situation, le volume du fibrome seront des éléments importants : il est évident qu'il ne peut

s'agir d'une intervention conservatrice lorsque l'on a affaire à des fibromes multiples et qu'elle ne saurait être envisagée qu'en cas de fibrome unique.

Les difficultés d'hémostase seront encore un élément capital, mais seulement appréciable lors de l'intervention.

De même l'âge de la malade, sa parité jouent un rôle important : pour plusieurs de nos malades primipares exceptionnellement jeunes, cet argument fut décisif et nous a poussé à risquer une intervention plus osée.

En résumé, la césarienne suivie d'hystérectomie sera indiquée dans tous les cas de fibromes multiples, dans tous les cas impurs, lorsque le travail est avancé, la poche des eaux rompue depuis plusieurs heures, et à plus forte raison si d'intempestives manœuvres septiques ont été faites antérieurement (observation N° VII).

La césarienne suivie de myomectomie est l'intervention la plus séduisante, mais il faut pour pouvoir la tenter des cas particulièrement favorables, un travail au début, une poche des eaux intacte ou rompue depuis très peu de temps, une dilatation faible. Il faut encore et surtout que le fibrome soit unique, assez facilement accessible et que l'hémostase soit réalisable dans des conditions satisfaisantes.

La césarienne seule ne peut être qu'une intervention d'exception (les petits fibromes étant peu dystociques) et le fibrome abandonné à lui-même exposant

à des risques d'infection grave, de nécrose dans les suites opératoires.

En outre elle comporterait presque toujours une intervention ultérieure qui voudrait être une myomectomie.

En réalité le problème oscille entre la césarienne suivie de myomectomie, opération idéale mais nécessitant de nombreuses conditions pour pouvoir être tentée sans trop de risques, et la césarienne suivie d'hystérectomie, intervention de sécurité.

OBSERVATION N° 1

(D^r LAURET)

M^{me} P., 28 ans, primipare, cultivatrice.

Aucun antécédent pathologique notable.

Réglée à 12 ans 1/2, régulièrement 28 jours. Durée 4 jours. Aucune modification avant la grossesse.

Dernières règles le 16 décembre. Grossesse bien supportée jusqu'au 12 février. Elle est prise brusquement d'une douleur abdominale dans la fosse iliaque droite, douleur assez intense, survenant par crises, durant quelques minutes, et se produisant quatre fois dans la journée. Pendant la crise douloureuse, la douleur donne une impression de colique, de torsion très intense, elle irradie vers la région lombaire et vers la racine de la cuisse.

Elle présente deux vomissements au début. La température reste normale. Le médecin qui l'examine alors trouve un état général satisfaisant et à l'examen un utérus gravide de deux mois environ et à droite une masse dure régulière, arrondie, douloureuse ou plutôt sensible au toucher, descendant très bas, faisant corps avec le col utérin et complètement fixée.

Il pose le diagnostic de kyste inclus du ligament large ou de fibrome du col chez une femme enceinte.

Aucune perte de sang. On met la malade au repos, lavements laudanisés. Les crises douloureuses cessent, puis réapparaissent avec les mêmes caractères le 22 et le 26 février, une quatrième fois le 10 mars.

L'état général de la malade est assez bon, mais les douleurs devenant très violentes à partir du 25 mars, prenant presque le caractère de coliques néphrétiques, la malade vient consulter.

Il n'y a ni température ni perte de sang.

On constate à l'examen le 30 mars :

Au palper abdominal on perçoit l'utérus gravide et latéralement à droite une masse dure et douloureuse dépassant le pubis de deux travers de doigt.

Au toucher, on trouve un utérus gravide de 3 mois 1/2 environ, complètement refoulé à gauche. A droite, le cul-de-sac vaginal est occupé par une grosse masse dure régulière, arrondie, collée au col de l'utérus qu'elle continue très nettement et descendant latéralement plus bas que le col. Cette tumeur est grosse comme une très grosse orange et absolument bloquée.

Le col est long et fermé.

Diagnostic : fibrome du col, grossesse, possibilité de nécrobiose ou compression de l'uretère.

Urée sanguine : 0 gr. 38.

Du fait des douleurs aiguës et de l'augmentation rapide de la masse fibromateuse, on décide d'intervenir. La malade qui demande elle-même l'intervention, désire une intervention conservatrice « même au prix de risques sérieux ».

Le 2 et le 8 avril on fait une injection intra-musculaire d'Hormoflavéine B.

Médiane sous-ombilicale.

On trouve un utérus gravide de 3 mois 1/2, rendant très difficile l'accès à la masse latérale. Sur la face antérieure et supérieure de celle-ci, on doit récliner l'artère utérine et l'uretère (qui semble présenter une certaine dilatation) pour pouvoir inciser la coque et faire une myomectomie laborieuse au fond d'un véritable puits. On extrait un fibrome gros comme une grosse orange de Jaffa. La poche est nette et saigne assez peu, mais il est impossible de la capitonner du fait de sa profondeur ; on place dans la brèche musculaire une petite mèche.

Fermeture en trois plans.

2 centigrammes de morphine au début de l'intervention.

2 centigrammes de morphine le soir.

Le lendemain une Hormoflavéine B.

Aucune menace d'avortement.

Mèche retirée le septième jour.

La femme part le vingtième jour.

Revue le 15 mai : grossesse d'environ 5 mois, bruits du cœur perçus, aucune sequelle perceptible au toucher.

A la coupe, le fibrome ne présentait aucune lésion de nécrose.

OBSERVATION N° II

(D^r DIJON)

M^{me} B., née C., 29 ans, primipare.

Aucun antécédent notable, à part une ostéomyélite de jambe à 13 ans.

Anémie assez fréquente, mais peu importante.

Réglée à 13 ans, régulièrement, pas de modification avant la grossesse.

Il y a quatre ans, la femme a ressenti quelques douleurs dans le bas-ventre à gauche, survenant surtout après une fatigue ou une longue marche, douleur calmée par le repos.

Un médecin lui aurait dit qu'elle avait un kyste de l'ovaire.

Dernières règles le 8 août.

Grossesse mal supportée au début, vomissements fréquents, la douleur réapparaît.

Un médecin lui déclare que « tout n'est pas normal » et lui conseille de voir un spécialiste, mais deux jours après, le 4 décembre, elle est prise brutalement d'une douleur très violente, toujours à gauche.

Douleur constante, sans rémission, empêchant le sommeil.

A l'examen : femme shockée, faciès décoloré, pouls petit.

On trouve une grosse masse pelvienne bilobée (le lobe supérieur mou, renitent, le lobe inférieur tendu, d'une dureté ligneuse), mobilisée par le toucher.

Le col utérin est bien un col d'utérus gravide.

On pose le diagnostic de fibrome chez une femme enceinte de 4 mois et on décide d'intervenir.

Avant l'intervention, 2 centigrammes de morphine.

Médiane sous-ombilicale.

On trouve un gros fibrome du segment inférieur sans aucune pédiculisation, coiffé de l'utérus gravide, dont il est séparé par une simple dépression à peine visible, la démarcation ne se repérant guère que par la différence de consistance.

Incision antérieure verticale et myomectomie, celle-ci très difficile en haut, le muscle utérin n'ayant plus que deux millimètres environ d'épaisseur, en bas et à gauche où on dénude presque le pédicule utérin (myomectomie au bistouri).

On extrait un fibrome unique sphérique de 875 gr.

Hémostase de la surface cruentée par ligatures isolées, puis fermeture bord à bord par points séparés au catgut. Aucun suintement après fermeture.

Le lendemain une injection intra-musculaire d'hormoflavéine B. Une autre injection deux jours plus tard.

Fermeture par points séparés au catgut sans drainage.

Suites opératoires bonnes. Malade sortie le 24 décembre.

OBSERVATION N° III

(D^r LAURET)

M^{me} A. M., 34 ans, primipare, charcutière.

Dernières règles : 7 février.

Aucun antécédent pathologique. Réglée vers 12 ans, régulièrement ; règles plus abondantes depuis un an.

Le 25 mai, brusquement, en pleine santé, elle est prise de douleurs dans le ventre, siégeant en bas et à gauche, avec plusieurs vomissements. Elle fait venir son médecin qui la voit pour la première fois, et qui, constatant l'existence d'une grosse masse abdominale à côté d'un utérus gravide, l'envoie à la clinique.

A l'examen, le 26 mai, à six heures, elle apparaît agitée, geignante, accusant des douleurs de plus en plus violentes malgré deux suppositoires d'opium. Elle a encore vomi pendant son transport.

Température 38°2, pouls 96.

On sent au palper une grosse masse rénitente, molle, restant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et qui est l'utérus gravide ; à gauche, l'utérus est prolongé d'une masse dure, grosse comme une tête de fœtus à terme. Cette masse tient à l'utérus, se mobilise avec lui. Son pôle inférieur ne peut être senti : il descend dans l'excavation. Au toucher, col dévié à droite. Dans le cul-de-sac droit, on sent l'utérus gravide et un ballottement fœtal. A gauche, on sent une masse grosse comme une mandarine, surmontant le col latéralement, dure, indolore, faisant corps avec l'utérus et avec la masse supérieure.

On pose le diagnostic de fibrome et grossesse.

Devant l'intensité des signes fonctionnels, on décide d'intervenir.

Médiane sous-ombilicale :

On trouve un utérus gravide de 3 mois 1/2, à gau-

che deux fibromes : un gros comme une tête de fœtus s'insère latéralement au-dessous et en arrière de la trompe gauche, l'autre gros comme un œuf de poule au-dessous descendant jusqu'au col.

Myomectomie facile, peu hémorragique sauf en bas et en avant de la poche. La poche est aisément comblée par une série de points au catgut.

Fermeture sans drainage.

Morphine : 3 centigrammes.

Hormoflavéine B : 3 ampoules en cinq jours.

Suites apyrétiques.

Phlébite jambe gauche annoncée par un clocher à 38°2, le quatrième jour, avec pouls à 120. Œdème léger de la jambe le lendemain, avec choc rotulien, etc...

L'œdème assez important au bout de 48 heures, rétrocede rapidement. Au dixième jour, la jambe paraît normale. Le pouls est à 68, la température est à 37°.

La malade est guérie et doit être mobilisée dans une quinzaine.

Les mouvements du fœtus sont perçus ainsi que les bruits du cœur.

A la coupe du fibrome, le fibrome supérieur présentait de nombreuses loges, les unes à contenu hémorragique, aspect truffé, les autres un liquide puriforme.

OBSERVATION N° IV

(Maternité de l'Hospice Général)

M^{me} B., née C., 36 ans, primipare.

Dernières règles du 24 au 28 juillet 1937.

Elle a eu quelques pertes rosées vers le 20 août, mais depuis n'a pas perdu.

Antécédents : premières règles à 12 ans 1/2, bien réglée, régulièrement. On relève deux ménorragies

(ayant duré à chaque fois une dizaine de jours), en 1931 et en 1933.

Depuis 1931, les règles sont douloureuses, douleurs localisées à la fosse iliaque et à la fosse lombaire droites. Depuis cette époque, elle accuse une sensation de fatigue générale.

Elle présente des envies d'uriner fréquentes, surtout marquées le jour. Les mictions sont parfois douloureuses.

Toujours depuis cette époque, elle accuse des étourdissements et parfois de l'œdème malléolaire. Cœur normal.

Pas fait de fausse couche.

Quatre mois après l'arrêt des règles, la femme ayant vu son ventre augmenter de volume, va trouver un médecin, qui lui aurait parlé de grossesse extra-utérine ; on aurait trouvé, dit-elle, deux corps côte à côte.

On ne retrouve pas par l'interrogatoire de signes de grossesse extra-utérine.

Le 15 décembre 1937, à l'Hôtel-Dieu, on pratique une laparotomie exploratrice qui découvre un fibrome à droite ; on referme sans intervenir.

Suites opératoires normales.

Le 26 janvier, elle vient à la consultation à la Maternité, où le D^r LAURET l'examine.

Utérus gravide de 6 mois 1/2. Bruits du cœur positifs à gauche.

On trouve un gros fibrome latéral droit du volume d'une pamplemousse, ne paraissant pas praevia.

On envisage une césarienne au moment du travail.

16 février 1938 : hauteur utérine, 24 cm., bruits du cœur sur la ligne médiane.

Présentation pelvienne. Ballottement cephalique à droite.

15 avril 1938 : rien de nouveau.

2 mai 1938 : entrée de la malade dans le service de la Maternité.

Pas de travail, poche des eaux intacte.
Hauteur utérine, 29 cm., bruits du cœur positifs,
dos à gauche, intervention le jour même à 14 heures.
Médiane sous-ombilicale.
Ablation de l'ancienne cicatrice.
Césarienne, extraction d'un garçon vivant pesant
3 kg. 800.
Myomectomie, mais le fibrome important, réni-
forme, égal à 2 poings, afflurant la séreuse, on se décide
pour une hystérectomie subtotalé.
Péritonisation du moignon cervical après avoir mis
un drain vaginal, une mèche et un drain abdominal.
Paroi en deux plans aux crins.
Grefe ovarienne dans la région inguinale gauche.
Suites opératoires bonnes.
Sortie en bon état le 24 mai 1938.

OBSERVATION N° V

(D^r LAURET)

M^{me} B., 31 ans, primipare.

Réglée à 12 ans 1/2. Tous les 28 jours, régulièrement, pendant cinq jours au début. Depuis l'âge de 27 ans, de neuf à dix jours, mais assez peu abondantes.

Antécédents : ulcère gastrique en 1940 encore en évolution, état général toujours médiocre.

Dernières règles le 15 novembre. A reperdu le 30 décembre, pertes discrètes pendant trois jours. Ces pertes s'accompagnaient de douleurs lombaires.

Reprise des hémorragies plus abondantes du 15 au 25 janvier, cette fois avec caillots et petits phénomènes douloureux à type de coliques. Nouvelle perte le 13 février pendant cinq jours, puis après quelques jours se remet à perdre quelques gouttes de sang rouge pendant trois jours. Depuis, plus aucune perte de sang.

Le 7 mars, la malade est prise de douleurs abdominales très violentes avec nausées.

Elle consulte pour la première fois : repos, suppositoires opiacés, diète.

Les crises douloureuses surviennent trois ou quatre fois par jour, durant en général 1/2 heure environ avec état nauséux ou même vomissements, état syncope et altération du faciès.

On note par ailleurs une augmentation nette du volume de l'abdomen en quelques jours.

A l'examen, l'abdomen est très distendu ; on sent au palper une masse molle remontant jusqu'aux côtes, tendue mais liquidienne à sa partie supérieure, dure, résistante dans la portion sous-ombilicale. Il n'y a aucune démarcation entre les deux masses, sinon une différence de consistance. La masse supérieure est douloureuse, l'inférieure ne l'est pas.

Auscultation négative, pas de partie fœtale accessible.

Au toucher, le col occupe une situation normale et se prolonge en une grosse masse très dure fixée, bloquant toute l'excavation.

L'état général est mauvais, faciès pâle, pouls 116. TA 11-8. Température 37°2.

Le diagnostic est hésitant entre une grossesse associée à un fibrome ou un kyste de l'ovaire tordu.

On ne peut pratiquer de réaction biologique, et on décide en présence de ce syndrome abdominal subaigu et du mauvais état général d'intervenir d'urgence.

On trouve un gros utérus gravide gros comme cinq mois, assez tendu, surmontant un volumineux fibrome de la face antérieure de la région isthmique.

On pratique une myomectomie assez difficile dans la partie postérieure, et on enlève un fibrome unique de 1 k. 460 (ne présentant aucune lésion de nécrose à la coupe).

Le capitonnage est laborieux, mais l'hémostase paraît satisfaisante. Paroi en trois plans sans drainage.

Hormoflavéine B et morphine. Sérum sous-cutané 500 cc.

Le soir de l'intervention : malade pâle, pouls 130, perte assez abondante de sang rouge par le vagin. Dans la nuit, la malade perd encore, mais assez peu et se plaint de violentes douleurs abdominales. Le pouls est très mal frappé, presque incomptable. La malade est d'une pâleur extrême. Température 39°5. On pense à une hémorragie interne et on décide de réintervenir.

On trouve environ 300 à 400 grammes de sang dans la cavité péritonéale.

La suture utérine n'est pas désunie. On fait une hystérectomie rapide.

Mickulicz. Paroi aux bronzes.

Transfusion : 800 grammes.

La malade meurt deux heures après l'intervention, malgré les toni-cardiaques.

A l'ouverture de l'œuf, on trouve un fœtus d'environ 3 mois 1/2 macéré. Le liquide amniotique est brunâtre, épais.

OBSERVATION N° VI

(Maternité de l'Hospice Général)

M^{me} L., née D., 40 ans, secundipare.

Premières règles à 15 ans 1/2. Bien réglée.

Premier accouchement il y a seize ans. Mort-né. Elle aurait eu des hémorragies au moment du travail.

Dernières règles le 8 septembre. Grossesse bien supportée.

Elle est envoyée par son médecin pour enfant mort. La femme dit ne plus sentir remuer depuis quatre jours.

A l'examen pratiqué le 31 mai 1939 on constate :

Fœtus très mobile, hydramnios.

Existence d'une masse indépendante de l'utérus, à gauche de celui-ci et devant la présentation.

Le toucher permet de sentir une masse dure et fixe. Le col est difficilement accessible en haut et à gauche.

Dilatation : 2 francs.

Les bruits du cœur sont faibles.

A 11 heures, rupture spontanée de la poche des eaux, liquide clair, 2 litres au moins.

Une heure après on intervient.

Médiane sous-ombilicale. Extraction d'une fille vivante de 2 k. 730.

On trouve un gros fibrome sur la gauche de l'utérus.

La césarienne corporéale est suivie d'hystérectomie subtotale.

Un drain vaginal.

Mickulicz. Une mèche.

Fermeture partielle de la paroi au catgut et crins perdus.

Poids de la pièce opératoire (fibrome, utérus, délivrance) : 2 k. 680.

Suites opératoires apyrétiques. Sortie en bon état le 24 juin.

OBSERVATION N° VII

(D^r LAURET)

M^{me} N., 42 ans, secundipare, fermière.

Un accouchement il y a huit ans. Enfant vivant.

N'a jamais consulté pendant sa grossesse et ne peut guère être interrogée.

Elle nous est amenée par un médecin appelé au cinquième jour d'un accouchement conduit par une matrone. La femme est obèse, difficile à examiner. Au

toucher il a trouvé, dit-il, une dilatation complète, une tête engagée ; il a tenté plusieurs applications de forceps qui toutes ont dérapé.

La femme est dans un état des plus alarmants, agitée, faciès congestionné ; la température est à 40°4, le pouls à 140.

L'écoulement du liquide amniotique grisâtre est si fétide qu'il incommode. Le palper abdominal est impossible, car la femme est énorme (poids 112 kilos).

Au toucher, on trouve une grosse masse à peu près du volume d'une tête de fœtus à terme, consistance élastique qui peut très bien se confondre avec une bosse sero-sanguine. En arrière, très difficilement accessible, se trouve un col déjeté long, à peine perméable.

Les bruits du cœur ne sont pas perçus.

On pose le diagnostic de fibrome praevia enclavé avec infection amniotique grave.

Devant l'impossibilité de faire une basiotripsie et d'évacuer l'utérus par les voies naturelles, on décide de faire une hystérectomie en bloc.

Hystérectomie en bloc, assez difficile du fait de l'enclavement du fibrome.

Mickulicz. Drain dans le vagin.

Sulfamides. Serum anti-gangréneux. Alcool. Serum glucosé intra-veineux. Solucamphre, serum hypertonique, etc...

Suites tumultueuses. Température à 40° avec frissons pendant une semaine (hémoculture négative), subocclusion.

Sort guérie avec une large éventration au bout de deux mois.

OBSERVATION N° VIII

(D^r LAURET).

M^{me} V., 34 ans, primipare, employée des Postes.

Dernières règles le 12 juillet.

Aucun antécédent notable.

Réglée à 13 ans, régulièrement, durée cinq jours, règles abondantes, caillots. Pas de modification des règles avant la grossesse.

Grossesse assez pénible au début, nausées, vomissements, petites douleurs abdominales, mais bon état général.

Gêne abdominale apparue vers le 15 septembre, mais assez peu intense pour qu'elle ne consulte pas. Sensation de pesanteur dans le bas-ventre, de gêne péri-néale, de difficultés à la miction qu'elle rapporte à sa grossesse.

Le 20 septembre, brusquement elle est prise de douleurs abdominales « atroces » siégeant dans tout le ventre, en même temps qu'elle vomit et perd un peu de sang.

Appelé d'urgence le 21, vingt-deux heures après le début des accidents, on trouve une malade le faciès tiré, pincé, les yeux creusés, agitée. Elle souffre sans cesse davantage, dit-elle. Les vomissements, ou tout au moins les nausées, persistent. La température est à 38°1, le pouls à 120.

Elle n'a pas eu de selle, mais quelques gaz. Elle a perdu assez abondamment.

Le ventre est ballonné, tendu, météorisé, douloureux, il se défend et ne permet guère l'examen de l'utérus. Au toucher, on trouve une grosse masse douloureuse très dure, grosse comme un melon, surmontant le col, régulière et arrondie, remplissant toute l'excavation pelvienne, complètement fixée.

La masse est sûrement utérine, on sent au-dessus une autre masse à peu près aussi volumineuse, très dure, et encore plus douloureuse.

On pose le diagnostic de fibrome tordu chez une femme enceinte.

On décide d'intervenir immédiatement.

A l'intervention on trouve :

une certaine quantité de liquide sero-sanglant dans le péritoine, et on constate que la masse supérieure est un utérus gravide d'environ trois mois, présentant un petit fibrome gros comme un œuf de poule sur la corne droite.

Il surmonte un gros fibrome du col (volume d'une tête d'enfant à terme) et est tordu sur son axe de gauche à droite, le ligament rond gauche se trouvant à droite de la ligne médiane.

L'utérus est congestionné, ecchymotique, au niveau du pli de torsion il est sphacélé.

Hystérectomie subtotale.

Mickulicz.

Fermeture en trois plans.

Suites opératoires apyrétiques. La malade sort le vingt-deuxième jour.

OBSERVATION N° IX

(D^r LAURET)

M^{me} R., 41 ans, secundipare.

Antécédents héréditaires :

Mère a eu trois enfants, une phlébite après accouchement, hystérectomisée à 48 ans pour fibrome et salpingite, phlébite après l'intervention.

Deux sœurs, l'une a eu trois grossesses suivies de trois phlébites.

L'autre deux accouchements, une phlébite au premier accouchement.

Antécédents obstétricaux :

Accouchement à terme, spontané, enfant vivant il y a dix-sept ans (1922).

Phlébite en fer à cheval après l'accouchement ayant nécessité une immobilisation de deux mois.

Antécédents personnels :

Soignée pour un gros fibrome depuis 1934, a refusé l'intervention qui lui avait été conseillée en 1935.

En 1937, phlébite sans autre cause apparente que le fibrome (qui donne des ménorragies importantes).

En septembre 1938, arrêt de règles.

Au début de cette grossesse, le fibrome connu était gros comme une tête d'enfant à terme, situé sur la partie antérieure du col.

Grossesse assez mal supportée dès le début : douleurs abdominales et troubles urinaires obligeant la malade à rester au lit.

En novembre, apparition de température : 38°5, pouls 115 et apparition d'une grosse phlébite du membre inférieur gauche, qui immobilise complètement la malade jusqu'en février.

A cette époque, des douleurs abdominales persistent assez violentes, de même que les phénomènes urinaires, il n'y a pas de perte de sang.

En mai, nouvelle ascension thermique : 39/39°5 avec une température persistant pendant trois semaines avec de fortes oscillations.

Tachycardie très marquée au début.

En même temps, apparition d'une phlébite du membre inférieur droit, puis le surlendemain du membre inférieur gauche.

Petite embolie le 15 mai (après dix à douze jours de phlébite) avec point de côté, dyspnée, crachats hémoptoïques.

Nous voyons la malade pour la première fois à la clinique le 20 juin, au voisinage du terme.

Femme obèse (117 kilos avant le début de la grossesse), les deux jambes présentent un œdème considérable, dur, douloureux, mais il n'y a pas de température et le pouls est à 80.

La malade dyspnéique et cyanosée, les lèvres violacées, respire difficilement. L'abdomen apparaît considérablement descendu, la hauteur utérine ne peut plus être mesurée, car l'utérus soulève les dernières côtes.

Au palper, on sent une énorme masse dure, bosselée, occupant toute la région sus-ombilicale et les flancs. Cette tumeur très large, très dure n'est pas douloureuse et paraît fixée. Elle est surmontée par l'utérus gravide tendu mais non douloureux. Auscultation du cœur fœtal positive.

Au toucher on sent le col dévié plaqué contre la paroi latérale gauche. A droite une grosse masse arrondie et dure descend plus bas que le col et gêne l'examen. En arrière, grosse masse dure occupant toute l'excavation. Ces deux masses font corps avec la masse abdominale qui atteint l'ombilic et ne peut être mobilisée.

A l'auscultation, cœur rapide 90-100, mais régulier et sans souffle cardiaque. Examen pulmonaire : matité des deux bases au niveau desquelles on trouve de gros râles humides.

On décide de mettre la malade au régime des tonocardiaques, mais le soir même de son arrivée apparaissent des contractions intenses et la femme perd les eaux.

Intervention immédiate : Anesthésie générale (Evipan, plus Balsoforme à très faible dose).

Médiane sous et sus-ombilicale. Césarienne corporelle permettant d'extraire un enfant vivant très maigre pesant 2 kgs 150, deux pinces de Museux sur les lèvres de la plaie d'hystérotomie et hysterectomie subtotale

descendant très bas à cause de la masse latérale droite. Opération très laborieuse avec grosses difficultés du fait du volume de la masse pelvienne bloquée dans l'excavation.

Mickulicz pour assurer l'hémostase d'une large surface dépéritonisée. Paroi aux crins perdus.

Poids total de la pièce opératoire : 7 kilogs 360 (y compris le placenta 570 grs) ; la malade présente en cours d'intervention deux syncopes assez courtes qui nécessitent du solucamphre, de la spartéine et du pressyl.

Suites opératoires : La malade très dyspnéique présente des accès de tachycardie et des phénomènes syncopaux qui se répètent pendant 48 heures. Température 38°5, pouls 140 ; traitement : tonicardiaques, extrait surrénal. Sangsues à la racine des cuisses. Extrait de tête de sangsue. Puis amélioration à partir du troisième jour. Température normale le sixième jour, pouls à 80.

Aucun phénomène nouveau ni phlébitique ni pulmonaire. 37 jours après l'intervention, la malade sort de la clinique guérie mais avec de grosses séquelles de phlébite au niveau des membres inférieurs.

OBSERVATION N° X

(D^r LAURET)

M^{me} P., née V., 35 ans, primipare.

Dernières règles le 27 septembre. Est vue pour la première fois par un médecin le 10 juin. Celui-ci constate une grossesse de 8 mois 1/2 associée à un fibrome du segment inférieur.

Elle entre à la clinique au début du travail le 5 juillet à 18 heures.

On constate à l'examen que la tête est rejetée légèrement à gauche et paraît déborder. Elle est mobile au-

dessus du D. S. Le dos est à gauche. La hauteur utérine de 36 centimètres. Les bruits du cœur sont perçus à gauche.

On ne sent aucune masse au palper, mais le toucher montre l'existence d'un fibrome du segment inférieur, gros comme une petite orange, surmontant et prolongeant le col à gauche. Bassin normal. Membranes intactes. Dilatation 1 franc.

On décide de faire une épreuve du travail.

A 20 heures, la masse n'a pas bougé, la dilatation est à 2 francs, la tête semble se centrer légèrement.

A 23 h. 30, rupture de la poche des eaux. On examine la malade de nouveau. A 1 heure, les douleurs sont violentes, prolongées. La tête est bien centrée, non engagée mais amorcée. On sent au palper une petite masse à la partie inférieure de la fosse iliaque droite. Bruits du cœur positifs.

Au toucher, la masse n'est plus perceptible. On sent la tête en O. I. G. A. qui tend à s'engager. La dilatation est à 5 francs.

A 3 heures, engagement de la tête. Dilatation stationnaire, léger œdème du col.

Morphine.

A 8 heures, tête bien engagée. Rotation non faite, dilatation à petite paume. Contractions très intenses et très longues.

Morphine.

A 12 heures, dilatation grande paume. Les bruits du cœur se modifient brusquement.

On complète la dilatation par deux petites incisions antéro-postérieures.

Forceps, extraction d'un enfant avec deux circulaires serrés pesant 3 kilos 400, ranimé après 10 minutes.

OBSERVATION N° XI

(Maternité de l'Hospice Général)

M^{me} C., née D., 36 ans, primipare.

Pas d'antécédents pathologiques connus.

Premières règles à 15 ans. Bien réglée.

Dernières règles fin septembre 1936 (?). Grossesse sans incidents. La femme entre dans le service le 23 juillet à 23 h. 15. Elle est en travail depuis deux jours, la poche des eaux est rompue le 22, à 17 heures.

A l'examen on trouve : Hauteur utérine : 35 cms ; Présentation céphalique ; Position droite ; Bruits du cœur positifs. L'utérus est dévié à droite et contracturé. La tête n'est pas engagée. Dilatation 2 francs. Promontoire à 11 cm. 7.

Le 24 à 1 h. 10 : la dilatation n'a pas progressé, la tête reste mobile. Le liquide est très teinté et fétide. On décide d'intervenir :

Césarienne, extraction d'une fille ranimée en 20 minutes. Hystérectomie, on découvre la présence d'un petit fibrome à la face postérieure du segment inférieur et du col ayant formé tumeur praevia.

Mickulicz. Fermeture partielle en deux plans ; deux mèches.

Suites opératoires normales. La femme sort en bon état le 13 août.

OBSERVATION N° XII

(Maternité de l'Hospice Général)

M^{me} R., née D., 33 ans, primipare.

Malade entrée dans le service le 1^{er} juillet 1939, envoyée par son médecin pour éclampsie.

Albuminurie pendant la grossesse (régime). Dernières règles : fin octobre.

Elle a déjà fait trois crises chez elle. On a fait une saignée de 300 cc. Dans le service, nouvelles crises qui augmentent d'intensité.

Hauteur utérine : 25 cms. Présentation céphalique. Position gauche. Bruits du cœur positifs. Dilatation 0 fr. 50. T. A., 18-14. Utérus un peu contracturé, de volume normal.

Devant la répétition des crises, on décide d'opérer.

Médiane sous et sus-ombilicale. Césarienne corporeale. Extraction d'un garçon ranimé en dix minutes et pesant 1 kg. 760. Ablation d'un fibrome de la face antérieure de l'utérus. Une mèche. Paroi en trois plans, crins profonds.

Suites opératoires normales.

Sortie le 22 juillet.

CONCLUSIONS

I) L'association fibrome et grossesse ne semble pas exceptionnelle. Pour les seuls fibromes praevia, nous en relevons 13 sur 5.563 accouchements.

II) La majorité a été observée chez des primipares jeunes, souvent avant 35 ans.

III) L'évolution est classiquement favorable, le fibrome étant bien supporté et permettant habituellement l'évolution de la grossesse à terme. Le nombre d'accidents que nous avons observés nous paraît anormalement élevé.

IV) Parmi les complications, il est classique de retenir surtout la notion d'avortement chez une fibromateuse, un avortement souvent grave non seulement du fait des grosses hémorragies et des risques d'infection, mais encore par la thérapeutique qu'il nécessite, obligeant la plupart du temps à l'hystérectomie.

V) Le pronostic obstétrical des fibromes praevia est difficile à prévoir avant le début du travail. Il est étroitement lié au volume, au siège et à la mobilité du fibrome.

VI) Si l'abstention opératoire semble être la règle au cours de la grossesse, il est des cas où l'on peut être amené à intervenir chirurgicalement à cause d'un accident aigu ou subaigu : nécrobiose, torsion, etc...

Dans ces conditions, la myomectomie, intervention conservatrice, est l'opération de choix et devra être tentée chaque fois qu'elle sera possible.

VII) La myomectomie devra être complétée par un traitement médical dans le but de prévenir un avortement qui pourrait survenir après une intervention sur un utérus gravide. Dans ce traitement, les opiacés sont indiqués mais l'élément primordial sera le progesteron administré avant et après l'acte chirurgical.

VIII) Après le début du travail, la chirurgie conservatrice nécessite pour pouvoir être tentée un concours de circonstances favorables rarement rencontrées. L'hémostase est des plus difficiles, les risques d'infection sont considérables et obligent le plus souvent à abandonner la myomectomie en faveur d'une hystérectomie.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GILBERT GIDEL.

Vu : LE PRÉSIDENT

Vu : LE DOYEN,

DE LA THÈSE,

A. BAUDOUIN.

PORTES.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERIODAS (J.). — « Fibrome du segment inférieur de l'utérus et accouchement spontané ». *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1919, XLIX, 167-171).
- BALARD (P.). — « Fibrome du segment inférieur et grossesse (obligation d'attendre le moment du travail pour prendre une décision opératoire) ». *Bull. Soc. d'obs. et de gynéc.*, Paris, 1922, XI, 416-421.
- BALARD (P.) et DEHAN (J.). — « Fibromas in lower segment of uterus ». *Rev. Franc. de gynéc. et d'obs.*, 18, 159-166, 10 mars 1923, J. A. M. A. 1418, 12 mai 1923.
- CASSIN DUCHAMP. — « Volumineux fibrome du segment inférieur de l'utérus chez une femme enceinte ». *Loire méd.*, Saint-Etienne, 1920, XXXIV, 332.
- ERNST. — « Grossesse interne avec fibrome enclavé-césarienne ». *Bull. de gynéc. et obs. de Paris*, 1928, p. 882.
- FOURNIER. — « Fibrome praevia enclavé ». *Bull. de la Soc. d'obs. et gynéc. de Paris*, 1928, p. 785.
- GONNET-REBOUX. — « Fibrome praevia volumineux et grossesse ». *Bull. de la Soc. d'obs. et gynéc. de Paris*, 1928, p. 59.
- JEANNIN. — « Les tumeurs praevia ». *Revue Générale de clinique et thérapeutique*, 51-4-5, 2 janvier 1937.
- LEIBOVICI (Raymond). — « L'avortement chez les fibromateuses ». *Journ. de médecine de Paris*, N° 48, 29 novem. 1934, pp. 1021-1022.

- MARTINOLLI (A.). — « Sulla distocia per fibroma del segmento utérino inferiore ». *Atti soc. Ital di ost. et ginec.*, 35-197-201, mars-avril 1939.
- MUNZENBERGER (J.). — « Trois cas d'hystérectomie pour fibrome praevia faite au cours du travail ». *Soc. d'ost. et gynéc de Strasbourg*, Sec. du 7 déc. 1929.
- POENARU CAPLESCO (E.). — « Fibromyome utérin, grossesse de 2 mois, hystérectomie subtotale ; Guérison ». *Revue de chir. Bucarest*, 41 : 670-672, sept.-oct. 1938.
- POTTER. — « Pregnancy Complicated by fibromyomas of the lower utérine segment ». *American journal of obstetrics ant gynecdogy*, V. 39, N° 6, juin 1940, pp. 1052-1054.
- REEB-GIRARDIN. — « Fibrome praevia et myomectomie en fin de grossesse ». *Soc. d'obst. et de gynéc. de Strasbourg*, Sec. du 4 février et 4 mars 1939.
- P. N., *La gynécologie*, N° 6, p. 375, juin 1939.
- SUREAU (M.) et JOB (A.). — « Fibrome nécrosé inséré sur le segment inférieur ; césarienne suivie d'hystérectomie ». *Bull. soc. d'obst. et gynéc.*, 18 : 131-133, février 1929.

Imprimerie J. DRAI

6, rue de l'Hôtel-de-Ville - LOUVIERS (Eure)

